3

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884 — N° 379

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 2 Août 1884, à 1 heure

PAR P. VINET,

Né à Montbert (Loire-Inférieure), le 19 octobre 1854.

DU

CANCER DE LA PLÈVRE

Président : M. PETER, *professeur*:

Juges : MM. HARDY, *professeur*. QUINQUAUD, RAYMOND, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1883 — 1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	N.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies de femmes en couche et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). JACCOUD. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies des enfants	N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. LE FORT. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANRIOT.	POUCHET.	RICHET.
CAMPENON.	HENNINGER.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.
GUEBHARD.	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE

DE MON COUSIN Henri VINET

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PETER
Médecin de l'hôpital de la Charité,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES PREMIERS MAITRES.

MM. LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX DE NANTES.

DU

CANCER DE LA PLÈVRE

INTRODUCTION

Nous avons eu, dans le cours de nos études médicales, la bonne fortune d'observer un cas de cancer primitif de la plèvre des plus nets ; nous avons cru devoir prendre cette étude comme sujet de notre thèse inaugurale, et notre intention était tout d'abord de limiter notre travail au cancer primitif de la plèvre proprement dit. Mais en étudiant ce dernier et en compulsant les observations publiées, il nous a été facile de nous convaincre de la rareté des manifestations cancéreuses localisées à la plèvre. Partout, en effet, nous avons vu un autre organe participer à la néoplasie, et il n'est guère d'observations où il soit relaté que la plèvre seule présentât les lésions du cancer, sans que le poumon ne fût lui-même le siège de néoplasies identiques. Ces deux lésions, cancer de la plèvre et du poumon, coexistent presque toujours ; aussi, croyons-nous que le cancer primitif de la plèvre est extrêmement rare et plutôt une curiosité pathologique qu'une entité clinique bien caractérisée.

Cette considération nous a poussé à étendre un peu notre sujet et à comprendre dans notre travail les cas où la lésion a manifestement débuté par le poumon pour envahir ensuite la séreuse; nous avons laissé de côté avec intention le cancer de la plèvre, vraiment secondaire, survenant comme détermination ultime, dans la généralisation carcinomateuse, ou dû à la propagation d'une tumeur du sein, par exemple. En un mot, dans ce travail, nous nous sommes proposé d'étudier le cancer de la plèvre, localisé *autant que possible* à cette séreuse et survenant comme première manifestation de la diathèse cancéreuse. L'avantage, que semble nous présenter ce travail ainsi conçu, est de bien mettre en relief ce qui appartient aux manifestations cancéreuses de la plèvre, indépendamment des symptômes que peuvent présenter les organes voisins atteints des mêmes lésions, et de montrer combien est difficile le diagnostic de cette affection lorsqu'on ne rencontre rien d'anormal dans les autres organes.

D'ailleurs, nous n'avons nullement la prétention d'offrir un travail absolument nouveau et original sur un sujet dont on s'est déjà occupé plusieurs fois avant nous.

Nous remercions ici tous ceux qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils, et en particulier M. A. Malherbe, à l'obligeance duquel nous devons un examen microscopique approfondi de la pièce qui fait le sujet de notre observation. Nous prions aussi M. le professeur Peter, qui nous a fait l'honneur de présider notre thèse, de recevoir l'assurance de notre profonde reconnaissance.

HISTORIQUE

L'étude du cancer de la plèvre a passé par plusieurs phases, qu'il est aisé de mettre en relief.

Absolument inconnu des anciens, le cancer de la plèvre n'a commencé à être entrevu qu'au moment de la grande découverte de l'auscultation. Dès lors, l'on voit la plupart des auteurs en signaler l'existence et en exposer les symptômes d'une façon souvent très complète : c'est ainsi que Laennec (1), Bouillaud (2), Andral (3), Grisolle (4), Trousseau (5), Valleix (6), Monneret (7), Gintrac (8), Niemeyer (9), Jaccoud (10), pour ne citer que ceux-là, ont contribué à l'étude clinique de cette affection. Cette période presque purement clinique des manifestations cancéreuses de la plèvre s'est prolongée jusqu'à nous, et l'on a vu, ces dernières années encore, d'importants travaux sur ce sujet :

(1) Laënnec. Traité de l'auscultation médicale, t. II, p. 678-686.

(2) Bouillaud. Nosographie médicale, t. IV, p. 307.

(3) Andral. Traité de pathologie interne, t. II, p. 215.

(4) Grisolle. Traité de pathologie interne, t. II, p. 546.

(5) Trousseau. Leçons de clinique médicale, t. I, p. 707.

(6) Valleix. Guide dû médecin praticien, t. III, p. 50.

(7) Monneret. Traité de pathologie interne, t. II, p. 588.

(8) Gintrac. Essai sur les tumeurs solides intra-thoraciques. Thèse de Paris, 1845.

(9) Niemeyer. Traité de pathologie interne, t. I, p. 320.

(10) Jaccoud. Clinique de la Charité. Clinique de Lariboisière. Traité de pathologie interne, t. I, p. 170.

Telles sont les thèses de Arnault de la Ménardière (1), de Darolles (2), la thèse très remarquable de Moutard-Martin (3) et celle de Nolais (4).

L'emploi de plus en plus répandu du microscope devait apporter un jour tout nouveau sur la question qui nous occupe et contribuer beaucoup à la connaissance anatomo-pathologique du cancer de la plèvre. Aussi, à la période clinique, voit-on succéder une période anatomo-pathologique, basée sur des études microscopiques sérieuses et sur plusieurs observations, dont nous rapportons quelques-unes dans notre travail.

(1) Arnault de la Ménardière. Etude clinique sur les manifestations cancéreuse de la plèvre. Th. de Paris, 1874.

(2) Darolles. Du cancer pleuro-pulmonaire au point de vue clinique. Th. de Paris, 1877.

(3) Moutard-Martin. Des pleurésies hémorrhagiques. Th. de Paris, 1878.

(4) Nolais. Etude sur les pleurésies hémorrhagiques. Th. de Paris, 1882.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le cancer de la plèvre se présente sous les aspects les plus divers, et revêt les formes les plus variables ; tantôt, en effet, c'est l'épanchement thoracique qui domine, et, à l'ouverture de la poitrine, l'on est tout d'abord frappé de l'écoulement d'un liquide plus ou moins louche, toujours abondant, qui remplit la cavité et ne permet un examen plus approfondi, qu'une fois qu'on l'a complètement épuisé. C'est ainsi que dans l'observation I, il existait un épanchement dépassant deux litres, lequel avait refoulé le poumon et qui ne permit pas tout d'abord de reconnaître l'état de la séreuse. Dans ces cas, en général, les néoplasies cancéreuses n'ont pas acquis un grand volume et se présentent sous la forme de nodosités plus ou moins blanchâtres, dures ou molles, dont la grosseur varie de celle du tubercule à celle d'une lentille ou même d'une noix. On en rencontre sur la plèvre pariétale et sur la plèvre viscérale, sur la plèvre costale et sur la plèvre diaphragmatique ; il semble qu'il y ait eu sur toute la surface de la séreuse une éruption confluente de ces nodosités.

Tantôt, au contraire, la cavité pleurale est envahie par les masses cancéreuses qui, volumineuses, refoulent le poumon et n'adhèrent parfois à la paroi qu'en un seul point et par un petit pédicule ; d'autres fois, la tumeur n'est qu'une masse informe, composée elle-même d'un grand nombre de petites tumeurs. Plus

rarement, les productions carcinomateuses se présentent sous la forme d'épaississement de la membrane, de simples plaques ; elles sont alors peu nombreuses. Ces végétations sont, les unes très vasculaires, molles, rougeâtres ; les autres dures, blanchâtres ; d'autres, grisâtres, gélatiniformes ; d'autres, enfin, blanches, fibreuses, criant sous le scalpel. Cette différence dans leur aspect extérieur fait prévoir une différence dans leur structure intime.

Toutes ces productions néoplasiques déterminent autour d'elles un travail d'irritation qui aboutit à un épaississement de la plèvre et à la formation de néomembranes. Cet épaississement de la séreuse peut varier de quelques millimètres à plusieurs centimètres et, lorsque les deux feuillets sont accolés l'un à l'autre, ils constituent une masse d'autant plus volumineuse que les néoplasies cancéreuses, qui y ont pris naissance, y sont plus développées. Le plus souvent, cette adhérence des deux feuillets séreux n'existe pas dans toute l'étendue de la plèvre, et l'on trouve des poches multiples contenant un liquide de nature variable, que nous étudierons tout à l'heure. Ces poches sont généralement très nombreuses et la plèvre, dans son ensemble, présente une disposition cloisonnée des plus remarquables, sur laquelle M. Moutard-Martin a attiré l'attention dans sa thèse (1) et qu'il regarde presque comme caractéristique du cancer de cet organe. « Sa constatation, dit-il, fournirait un argument en faveur du cancer. S'il fallait donner une explication de ce cloisonnement progressif de la cavité pleurale, je proposerais

(1) Moutard-Martin. Loc. cit., p. 28.

la suivante : après chaque ponction, la soustraction du liquide épanché permet aux feuillets pleuraux de venir au contact; mais ces feuillets sont rendus plus ou moins rugueux par la présence de noyaux cancéreux; ces inégalités peuvent alors à chaque effort respiratoire, aussi bien pendant l'inspiration que pendant l'expiration, exercer par frottement une irritation sur le feuillet opposé de la séreuse. Cette irritation incessante produirait une inflammation néo-membraneuse qui aboutit au cloisonnement. » Cette explication est tout au moins très rationnelle, et s'il nous était permis de l'apprécier, nous dirions qu'elle semblerait être confirmée par les faits que nous rapportons dans notre thèse. Dans notre observation I, il n'y a point eu de ponction ; à l'autopsie, la plèvre était distendue par un épanchement abondant et le poumon refoulé vers le médiastin, sans qu'il y eut formation de néo-membranes ni de loges; dans les observations II et III, au contraire, on avait fait des ponctions multiples ; à l'ouverture du thorax, on trouva de nombreuses adhérences et des cloisonnements multiples.

Quoiqu'il en soit de cette explication, il faut retenir ceci : la disposition multiloculaire de la plèvre, est très commune dans le cancer de cette séreuse, fait important qui a des conséquences sérieuses au point de vue clinique.

Ces loges, avons-nous dit, sont dues à la formation de néo-membranes développées sous l'influence irritative du cancer : elles sont d'abord minces et peu résistantes ; au bout d'un certain temps elles s'épaississent comme la plèvre ; on y rencontre, comme sur cette dernière, des productions néoplasiques. Mais ce

qu'il y a d'important à noter, c'est qu'elles s'organisent avec une extrême rapidité; elles renferment alors des vaisseaux sanguins, voire même, pour certains auteurs, des lymphatiques et des nerfs.

Cette vascularisation, souvent extrêmement riche des néo-membranes, permet de comprendre, dans certains cas au moins, la nature hémorrhagique de l'épanchement qu'on a voulu, pendant longtemps, regarder comme caractéristique du cancer de la plèvre; M. Moutard-Martin s'est élevé avec juste raison contre cette dernière opinion, admise d'abord par Trousseau et, à sa suite, par un grand nombre d'auteurs. Ayant fait un relevé de deux cents cas observés tant en France qu'à l'étranger, il est arrivé aux conclusions suivantes : l'épanchement existe 3 fois sur 8; lorsqu'il existe, il est séreux 2 fois sur 3; hémorrhagique 1 fois sur 3. On voit qu'il y a loin de cette opinion basée sur les faits à celle émise par Trousseau.

Lorsque l'épanchement est séreux ou séro-fibrineux, il est limpide, jaunâtre, analogue comme aspect et composition chimique à celui de l'hydrothorax ou de la pleurésie franche. Toutefois, il serait plus dense, et M. Méhu (1) pense que tout liquide pleural, dont la densité excède 1018 à 15° et qui ne contient ni fibrine ni caillot, dénote l'existence d'une production organique. Si cette opinion est fondée, on comprend qu'elle puisse avoir une grande portée et être d'un secours réel dans le diagnostic des affections de la plèvre.

Lorsque l'épanchement est hémorrhagique, il peut

(1) Chimie médicale appliquée aux recherches cliniques.

présenter des colorations très différentes : tantôt très légèrement rosé ; d'autres fois, au contraire, presque sanglant, il peut prendre toutes les colorations intermédiaires. Il n'est pas rare de voir un épanchement peu coloré à la première ponction devenir plus tard sanguinolent et même sanglant. Conservé dans un verre, il se sépare en deux couches : l'une inférieure, dense, assez épaisse; l'autre supérieure, formée par la sérosité. Il est facile de reconnaître au microscope dans la couche inférieure des globules rouges quelquefois en grand nombre. C'est qu'en effet la coloration du liquide est due aux globules sanguins et non pas à l'hématine. Parfois on y rencontre des globules blancs; car, quoi qu'en aient dit certains auteurs, ces épanchements, dans la suite, peuvent devenir purulents.

Rarement on constatera dans le liquide des éléments spéciaux permettant de faire immédiatement le diagnostic du cancer.

Exceptionnellement, le liquide peut être chyliforme; il présente parfois les apparences de l'huile. Nous en rapportons plus loin (observation X) un exemple remarquable emprunté aux auteurs Allemands. Dans cette observation, il semble que l'apparence huileuse du liquide soit due à la dégénérescence graisseue des cellules cancéreuses. Pour M. Debove, ces épanchements, qu'il appelle chyliformes, et dont la cause serait inconnue, ne se rencontreraient que dans les séreuses atteintes de tuberculose ou du carcinose,

L'épanchement, que l'on rencontre assez fréquemment dans le cancer de la plèvre, présente donc des variétés très grandes.

Les organes voisins sont plus ou moins atteints par les productions néoplasiques. Il est rare que le poumon ne soit pas le siège de tumeurs identiques à celles que l'on rencontre sur la plèvre; nous avons dit plus haut combien était rare le cancer parfaitement localisé à cette séreuse. Si cependant le poumon est sain ou s'il ne renferme qu'un petit nombre de noyaux cancéreux, il est refoulé entièrement du côté de la colonne vertébrale par l'épanchement ou la tumeur; si, au contraire, il contient de nombreuses néoplasies, il offre plus de résistance, revient moins facilement sur lui-même et, par conséquent, ne se porte pas en haut et en arrière comme dans le cas précédent; de même, lorsqu'il a contracté des adhérences avec la plèvre pariétale, ce qui est le cas le plus fréquent.

Ces différences de situation du poumon par rapport aux parois costales rendent compte de la variabilité des signes sthétoscopiques que l'on rencontre dans le cancer de la plèvre ; selon que le poumon sera plus ou moins refoulé, on aura des signes d'auscultation et de percussion absolument différents.

Le foie et le diaphragme peuvent être refoulés en bas; les ganglions bronchiques sont généralement pris; il en est de même de ceux de la fosse sus-scapulaire et de l'aiselle. Le péricarde est souvent envahi on trouve alors dans le sac séreux un liquide plus ou moins abondant, en même temps que sur les parois il existe des noyaux cancéreux multiples; le cœur est généralement sain, il a conservé sa mobilité; mais il est souvent déplacé par la tumeur pleurale.

Les vaisseaux axillaires et ceux de la poitrine, plus ou moins comprimés, sont sains; rarement ilssont

corrodés et perforés par une végétation cancéreuse. Les lymphatiques sont altérés et présentent les altérations de la lymphangite cancéreuse, lésions bien étudiées par MM. Charcot et Debove et par M. Troisier.

Les côtes et les muscles intercostaux peuvent aussi être envahis par le cancer; ils peuvent être érodés et perforés. L'on voit alors le cancer de la plèvre faire saillie à travers cette perforation sous forme de champignon sanieux qui gagne de jour en jour. Nous en rapportons plus loin deux exemples remarquables. Quelquefois cette issue du cancer à travers la paroi costale a lieu par l'ouverture faite par le trocart lors de la ponction évacuatrice; nous ajoutons de suite que cette complication est des plus rares et ne se rencontre guère avec les ponctions capillaires pratiquées à l'aide des aspirateurs de Potain ou de Dieulafoy.

Quelle est la nature de ces tumeurs cancéreuses de la plèvre?

Autrefois on les distinguait d'après leurs caractères macroscopiques en cancer encéphaloïde, squirrhe, cancer colloïde. Mais, comme le fait remarquer M. Malassez (1), dire qu'une masse cancéreuse est un cancer encéphaloïde n'apprend rien sur son espèce histologique; le mot cancer a une signification purement clinique; l'épithète d'encéphaloïde n'exprime qu'un simple aspect extérieur, et la dénomination de cancer encéphaloïde peut s'appliquer à des tumeurs de structure très différente.

Aujourd'hui, grâce à l'emploi du microscope, on est

(1) Malassez. Archives de physiologie, 1876, p. 354.

arrivé à des données plus exactes. Il semble résulter des recherches faites sur le cancer de la plèvre qu'il doive être rangé parmi le genre épithélioma.

Ce dernier n'a pas toujours une nature très définie, ni des caractères parfaitement reconnaissables; il se rapprocherait parfois de ce que M. Malassez a décrit sous le nom d'épithélioma métatypique (1). « A un premier degré, dit cet auteur, les cellules sont disposées en revêtement comme les cellules épithéliales normales; mais elles sont devenues métatypiques et proliférantes, et, au lieu de constituer un revêtement régulier, elles forment des végétations qui s'avancent peu à peu dans l'intérieur de la cavité kystique; l'épithélioma muquoïde est devenu végétant.

A un second degré, les cellules épithéliales métatypiques et proliférantes remplissent complètement les espaces dans lesquels elles se trouvent; elles envoient au loin des prolongements épithéliaux pleins : l'épithélioma a perdu sa disposition de revêtement, son aspect muquoïde, il est devenu infectant. C'est alors qu'on peut lui trouver ces dispositions en réseau ou en alvéoles, caractéristiques du carcinome, fait très important au point de vue des rapports qui existent entre l'épithéliome et le carcinome. »

Il peut n'en être pas toujours ainsi; par exemple, dans l'observation qui nous est personnelle, la tumeur était nettement constituée par des cellules cylindriques; c'était un épithéliome cylindrique.

(1) Les cellules métatypiques sont celles qui, au lieu d'atteindre l'état adulte et de revêtir leur forme typique, comme dans les épithéliums normaux, s'hypertrophient et se multiplient sans arriver à leur complet développement.

D'autres auteurs disent avoir rencontré dans la plèvre des sarcomes parfaitement caractérisés.

Si nous voulions résumer l'état actuel de nos connaissances sur la structure des tumeurs cancéreuses de la plèvre, nous dirions, que le petit nombre d'examens de ces tumeurs pratiqués jusqu'à ce jour ne permet pas de se prononcer encore d'une façon définitive, que cependant ces recherches semblent démontrer la nature épithéliale de ces tumeurs, dont les unes sont constituées principalement par des cellules cylindriques, tandis que d'autres renferment des éléments moins bien définis et se rapprochent des épithéliomas métatypiques décrits par M. Malassy.

SYMPTOMATOLOGIE.

Il est bien difficile d'établir d'une façon nette et précise la symptomatologie du cancer de la plèvre ; rien de plus variable, en effet, que les signes que nous présente cette affection; non seulement ils diffèrent d'un malade à l'autre, mais ils varient aussi chez le même sujet, suivant la période de la maladie, suivant la prédominance de l'épanchement ou des masses cancéreuses, suivant l'état du poumon lui-même. Quelque difficile que soit cette étude, nous chercherons cependant à exposer aussi nettement que possible les symptômes qu'on rencontre dans le cours du cancer de la plèvre.

Le début peut en être brusque ; le malade se sent pris subitement d'un violent point de côté ; la douleur siège généralement au niveau du mamelon, comme dans la pneumonie ou la pleurésie franche ; mais elle est remarquable par son intensité et surtout par sa persistance, caractères que n'a pas le point de côté de la pneumonie ou de la pleurésie fibrineuse, affections dans lesquelles la douleur est violente surtout au début et diminue ensuite. Dans le cancer de la plèvre, le point de côté va augmentant progressivement, ce qu'il est facile de comprendre si l'on se rappelle que dans la plupart des cas il est dû à la compression des nerfs par les néoplasies cancéreuses, qui elles-mêmes ne font que s'accroître et s'étendre. Cette douleur présente encore comme caractère important qu'elle s'irradie souvent au loin du côté du cou, du bras et

de l'avant-bras, irradiations qu'on retrouve rarement dans les autres affections du poumon et de la plèvre. Les frissons sont exceptionnels ; quand ils existent, ils sont peu intenses. La dyspnée se fait souvent ressentir dès le début ; elle est alors parfois provoquée par une fatigue, un travail forcé (observation III).

Mais le début brusque du cancer de la plèvre est l'exception ; généralement, le cancer passe pendant longtemps inaperçu ; le malade a une légère dyspnée qu'il met sur le compte d'un asthme, puis la santé s'altère peu à peu, l'appétit se perd et, si alors le médecin vient à examiner attentivement son malade, il trouve des altérations non douteuses d'une affection thoracique.

Il existe souvent une toux sèche, quinteuse, sans expectoration. On a décrit dans le cancer du poumon des crachats séreux, séro-purulents, sanguinolents, ainsi que de véritables hémoptysies ; on a signalé des crachats spéciaux, à apparence de gelée de groseille, qu'on a regardés comme appartenant en propre au cancer du poumon. Dans le cancer de la plèvre, localisé à cette séreuse sans lésion du poumon ces crachats doivent nécessairement manquer. C'est ainsi que dans notre observation I, où les néoplasies étaient parfaitement localisées à la plèvre, l'absence des crachats a été signalée ; toutefois, comme le plus souvent, le poumon participe aux altérations de la séreuse, l'on comprend que l'on puisse rencontrer une expectoration spéciale dans l'affection que nous décrirons. Les crachats gelée de groseille, auxquels on a assurément accordé trop de valeur, sont constitués par de petites masses rosées, trem-

blotantes, rappelant parfaitement la substance à laquelle on les a comparés. L'examen histologique peut faire reconnaître dans ces diverses variétés de crachats l'existence de fibres élastiques, rarement celle d'éléments cancéreux typiques. Cet examen, dans certains cas douteux, peut être d'un véritable secours, en faisant constater dans les crachats l'absence du bacille de la tuberculose et doit par conséquent être toujours pratiqué.

A ces symptômes primordiaux succèdent plus tard d'autres symptômes non moins importants et d'autan plus accusés que l'épanchement est plus abondant ou la tumeur pleurale plus volumineuse: ce sont les symptômes de compression du côté des organes contenus dans les médiastins, vaisseaux, nerfs, etc. Nous ne faisons que les mentionner ; car ils n'offrent rien de bien spécial au cancer de la plèvre et qu'ils sont surtout accentués lorsqu'il y a dégénérescence des ganglions bronchiques.

En même temps que ces symptômes fonctionnels se manifestent des signes physiques, qui sont généralement précoces. Ces signes révèlent ou bien la formation rapide d'un épanchement abondant, ou bien la production d'une tumeur solide. Aussi comprend-on combien ils doivent varier suivant la prédominance du liquide ou de la masse solide, suivant aussi l'état du poumon.

L'inspection du thorax fait reconnaître une dilatation du côté malade ; cette dilatation peut porter sur l'ensemble de ce côté, ou seulement être partielle et localisée à deux ou trois espaces intercostaux. Ce même côté malade présente souvent en même temps un œdème qui s'étend généralement assez loin sur

les parois thoraciques, contrairement à ce que l'on remarque dans la pleurésie purulente où l'œdème est moins diffus et mieux localisé. Cet œdème est parfois accompagné d'une dilatation veineuse, remarquable aussi par son extension aux parties voisines.

La percussion donne une matité dont l'étendue varie avec le volume de l'épanchement ou de la tumeur intra-thoracique; le doigt perçoit en même temps la disparition de l'élasticité des parois. Ce sont là des signes communs à un grand nombre d'affections thoraciques; aussi n'ont-ils rien de caractéristique. Il est cependant un signe que fournit la percussion et qui aurait une certaine importance: pour certains auteurs, dans les épanchements abondants qui accompagnent les pleurésies cancéreuses, il n'existerait pas de son skodique sous la clavicule, et, ce qui peut-être est plus précis: après la ponction le son skodique ne serait pas davantage perçu. « Cette absence du son skodique est un signe dont la valeur est réelle, dit M. Moutard-Martin (1), mais elle a peut-être été exagérée; il arrive, rarement il est vrai, mais il arrive de ne pas le rencontrer dans certains cas d'épanchement très abondant, malgré une percussion méthodique et rigoureuse ». « Aussi, ajoute cet auteur, est-ce bien plutôt sur l'absence de retour du son skodique après la thoracentèse que sur son absence avant la ponction que je fonderais un diagnostic de cancer. » Nous dirons que, dans le cas, qu'il nous a été donné d'étudier, il y avait en même temps que tous les signes d'un épanchement très abondant, une sonorité exagérée sous la clavicule.

(1) Moutard-Martin. Loc. cit., p. 55.

Ce signe n'est donc pas toujours fidèle ; mais, quand on le rencontrera, il sera permis de faire quelques restrictions au sujet de la nature de l'épanchement.

La palpation permet de constater le plus souvent la diminution ou l'absence complète des vibrations thoraciques; celles-ci peuvent cependant être perçues, même dans le cas d'épanchement assez abondant, du côté de la gouttière vertébrale. Peut-être, dans certains cas d'épaississement de la plèvre sans épanchement, obtiendrait-on une augmentation des vibrations thoraciques. La palpation permet aussi de reconnaître le déplacement qu'ont subi les organes voisins, cœur, foie, rate.

Les résultats de l'auscultation sont des plus variables; s'il y a épanchement, on entend un souffle, qui peut revêtir toutes les formes du souffle de la pleurésie franche, qui, tantôt est doux, tantôt tubo-caverneux, de l'égophonie, plus souvent de la broncho-égophonie ; si les tumeurs intra-thoraciques sont volumineuses, les mêmes signes peuvent être perçus ; parfois, s'il y a simple épaississement des plèvres, on a les signes de l'induration pulmonaire. Enfin au début, il n'est pas rare d'entendre des frottements souvent très étendus.

L'absence du signe de Baçelli, de la pectoriloquie aphone, aurait ici une certaine importance ; elle dénoterait l'existence d'une pleurésie soit purulente, soit hémorrhagique : car plus le liquide épanché s'éloigne de la constitution du sérum, moins est facile la transmission des vibrations.

Du côté sain les signes sthétoscopiques sont négatifs ; on y constate seulement de l'exagération du murmure vésiculaire, de la respiration puérile.

Tous ces signes physiques, que nous venons de passer en revue, et qui existent dans les pleurésies hémorrhagiques cancéreuses, subissent fort peu de modifications sous l'influence des ponctions ; c'est là un des caractères les plus importants de ces épanchements que M. Moutard-Martin a parfaitement mis en relief dans sa thèse. La ponction de la plèvre amène tout d'abord un léger soulagement ; mais ce dernier n'est que momentané; si à ce moment l'on pratique l'auscultation et la percussion du coté ponctionné, l'on reconnaît aisément que les signes locaux sont peu ou pas modifiés ; la dyspnée revient bientôt, à mesure que le liquide se reproduit; et cette reproduction est toujours rapide. L'état s'aggrave et l'on est bientôt obligé de recourir à une nouvelle ponction. Souvent il faut les répéter coup sur coup, jusqu'à ce qu'enfin l'état général étant très faible, on soit obligé d'y renoncer. Lorsque les ponctions sont répétées, la quantité du liquide évacué après chaque thoracentèse diminue notablement, et l'on assiste du vivant du malade au cloisonnement progressif de la plèvre, dont l'autopsie vient démontrer l'existence. « Cette disposition au cloisonnement paraît être assez caractéristique des épanchements cancéreux hémorrhagiques; la production des alvéoles s'explique alors assez facilement par la durée souvent longue de la phlegmasie pleurale entretenue par le néoplasme qui provoque des poussées successives et des épanchements répétés. Ces conditions ne se trouvent ni dans la pleurésie tuberculeuse hémorrhagique qui tue trop vite pour que le phénomène puisse se reproduire, ni dans la pleurésie hémorrhagique simple, qui gué-

rit ordinairement après une seule ponction ». (Moutard-Martin (1).

Pendant que le cancer évolue, l'état général s'altère; l'appétit se perd, les forces s'affaiblissent ; bientôt apparaissent tous les signes de la cachexie cancéreuse (teinte jaune paille, œdème généralisé, phlegmatia alba dolens, etc...). Nous devons cependant signaler que, pour certains auteurs, on rencontrerait moins souvent la teinte jaune paille dans le cancer de la plèvre et du poumon, que dans d'autres manifestations cancéreuses, le cancer de l'estomac, par exemple.

La fièvre manque en général ; lorsqu'elle existe, elle est peu intense et ne dépasse pas 38°, elle ne revêt pas la forme de la fièvre hectique des phtisiques.

(1) Moutard-Martin. Loc. cit.

MARCHE ET DURÉE.

Nous venons de tracer, aussi complètement que nous l'avons pu, le tableau du cancer de la plèvre ; d'après cette exposition, il est facile de voir que cette affection a une marche lente, progressive, aboutissant fatalement à une issue funeste. Si l'on voulait scinder l'histoire de cette maladie, l'on pourrait y distinguer trois périodes : le début brusque ou insidieux, une période d'état dans laquelle prédominent les signes physiques de tumeur ou d'épanchement thoraciques et une période ultime de cachexie qui vient clore le tableau.

La durée du cancer de la plèvre ne saurait être fixée ; elle est limitée entre trois mois et deux ans. Mais l'affection que nous venons de décrire ne suit pas toujours cette marche ; et, à côté de la forme chronique, nous devons mentionner la forme aiguë, beaucoup plus rare à la vérité, mais dont l'existence est incontestable. Les accidents surgissent alors avec une effroyable brutalité, et le malade succombe rapidement à l'asphyxie. Cette forme doit être rapprochée *de la carcinose miliaire aiguë primitive*, qui diffère de la précédente en ce que les néoplasies cancéreuses, au lieu de se localiser à la plèvre, envahissent toutes les séreuses. Cette affection, qu'on peut avec juste raison comparer à la granulie, a été décrite pour la première fois par Laporte (1) ; depuis, les auteurs en ont rapporté plu-

(1) Laporte. Th. de Paris, 1864.

sieurs observations ; on en trouve une très remarquable publiée par Raymond et Brodeur dans les *Archives générales de médecine* de 1882 (1).

(1) Raymond et Brodeur. Contribution à l'étude de la carcinose miliaire aiguë primitive généralisée. Archives de médecine, 1882, p. 146.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du cancer de la plèvre est hérissé de difficultés ; ces dernières sont bien plus grandes encore, lorsqu'on est en présence d'un carcinome primitif, survenant comme première manifestation de la diathèse cancéreuse ; l'on comprend combien dans ce cas l'hésitation du clinicien est permise et combien une erreur est excusable. Quelque difficile que soit ce problème, nous essaierons cependant de le résoudre, ou tout au moins de poser quelques jalons qui permettent de se reconnaître dans cet ensemble de symptômes souvent disparates, toujours difficiles à interpréter.

Le plus généralement, avons-nous dit, il existe un épanchement pleural abondant, devant lequel s'effacent les autres altérations de la plèvre et du poumon. Supposons que le diagnostic de l'épanchement ait été posé, ce qui est la plupart du temps facile, et prenons un malade qui présente tous les signes d'un épanchement pleural sans accidents généraux, sans cachexie cancéreuse. Comment le clinicien peut-il établir la nature cancéreuse de cette pleurésie ? Nous étudierons successivement deux cas : suivant que la pleurésie a été ponctionnée ou suivant qu'elle ne l'a pas été.

1° Avant la ponction de l'épanchement.

Existe-t-il des signes qui permettent de dire que l'épanchement est dû à une pleurésie cancéreuse avant que le liquide soit examiné et sans que le ma-

lade porte nulle part ailleurs une tumeur douteuse ou les traces de la diathèse cancéreuse ?

Non, il n'est pas de signe pathognomonique de cette affection, tout au plus certains symptômes peuvent-ils faire soupçonner la nature maligne de l'épanchement ; mais ce sont des signes de probabilité et non pas de certitude. En pareil cas, le diagnostic est donc des plus difficiles, toutefois le clinicien n'est pas entièrement désarmé. Il faut qu'il interroge les antécédents héréditaires du malade ; il doit s'enquérir des conditions de santé des parents proches et même éloignés. Il doit étudier également les antécédents personnels du sujet, et demander des renseignements aussi nets que possible sur le début de la maladie et la cause qui semble y avoir présidé. Malheureusement, ces recherches resteront souvent infructueuses ; c'est alors que le clinicien aura besoin de toute sa sagacité ; il devra observer chacun des symptômes pris isolément: une dyspnée intense extrêmement tenace, un point de côté permanent, souvent violent, s'accompagnant d'irradiations douloureuses vers le cou ou le membre supérieur. Voilà des symptômes qui doivent tout d'abord attirer son attention. Existe-t-il de l'œdème limité à un côté du thorax, le diagnostic deviendra déjà plus aisé et restera limité entre l'existence d'une production carcinomateuse de la plèvre et du poumon et celle d'une pleurésie purulente. Or, certains caractères permettent en général d'arriver en pareil cas à une conclusion. Dans le cancer de la plèvre il n'y a pas de fièvre, ou du moins celle-ci est peu intense ; elle ne revêt pas la forme hectique du mouvement fébrile qui accompagne la pleurésie purulente ; le malade n'a pas les frissons répétés qui caractérisent la

formation du pus. L'œdème du thorax que l'on rencontre dans la pleurésie purulente revêt un aspect autre que l'œdème du cancer de la plèvre; celui-ci est moins bien circonscrit, il envahit les parties sus-diaphragmatiques et s'accompagne de dilatations veineuses supplémentaires. Dans la pleurésie purulente au contraire, l'œdème est limité et se rencontre le plus souvent sur la partie latérale du thorax au-dessous et au niveau du bord postérieur de l'aisselle; il ne s'accompagne pas de dilatations veineuses aussi accentuées. Ce sont là des nuances très délicates, mais elles ont leur importance. Quoi qu'il en soit la ponction seule viendra lever les doutes.

Il est un signe qui a une valeur beaucoup plus grande, mais qui malheureusement manque souvent : je veux parler de l'engorgement des ganglions voisins sus-claviculaires ou axillaires. Dans l'observation I, la constatation de ce signe seule avait permis de porter le diagnostic, que l'autopsie vint confirmer plus tard. On trouve en effet quelquefois, dans l'aisselle ou le creux sus-claviculaire de petites masses de dimensions inégales, plus ou moins nettement séparées les unes des autres, et d'une dureté pierreuse. Cette consistance est un des meilleurs signes de la dégénérescence cancéreuse des ganglions. Il n'est pas jusqu'à leur situation qui ne doive entrer en ligne de compte dans l'appréciation de leur valeur séméiologique. D'après M. Béhier (1), l'engorgement des ganglions sus-claviculaires serait propre au cancer du poumon et de la plèvre, tandis que dans la tuberculose du poumon, les ganglions sus-claricùlaires se-

(1) Béhier. Leçons sur le cancer du poumon, Gazette des hôpitaux, 1867.

raient toujours indemnes à l'inverse des ganglions sous-maxillaires qui seraient de préférence pris dans cette affection. Cette formule est vraie dans la majorité des cas ; mais elle est loin d'être infaillible. Ce signe n'acquiert de valeur réelle, que si l'on a constaté la nature hémorrhagique de l'épanchement. « En effet, dit M. Moutard-Martin, l'idée dune pleurésie hémorrhagique simple sera immédiatement écartée, et le diagnostic restera limité à l'existence de tubercules ou de cancer. *Mais la pleurésie hemorrhagique tuberculeuse ne coïncide jamais avec la tuberculose chronique, forme qui seule produit les adénites et par conséquent le diagnostic de cancer s'imposera nécessairement.* »

En résumé, avant la ponction de la plèvre, il est fort difficile, quelquefois même impossible, d'établir le diagnostic du cancer de la plèvre, à moins qu'il n'existe une tumeur maligne d'un autre organe, ou que le malade ne présente les signes d'une cachexie manifeste.

2° La ponction a été faite.

La ponction nous révèle certains indices, qui nous étaient restés cachés jusqu'alors; aussi est-elle l'un des meilleurs moyens dont dispose le clinicien pour arriver au diagnostic. Elle permet d'apprécier la quantité et la qualité de l'épanchement; elle permet aussi d'étudier l'état des parties sous-jacentes, surtout du poumon , ce qui est ici d'une extrême importance. Avec ces nouveaux indices, peut-on poser un diagnostic précis ? Telle est la question qui nous reste à résoudre.

La ponction permet du premier coup d'éliminer

la pleurésie purulente (1). Restent à étudier les cas dans lesquels le liquide extrait est séreux ou hémorrhagique.

Si l'épanchement est séreux, le clinicien est tout d'abord tenté de rejeter toute idée de pleurésie cancéreuse, mais il doit lutter contre cette tendance ; car les épanchements séreux sont loin d'être rares dans le carcinome de la plèvre, comme nous l'avons dit plus haut. D'ailleurs certains signes, la densité du liquide (Méhu), son abondance et surtout sa réapparition rapide après la ponction, peuvent le mettre sur la voie du diagnostic. Enfin l'examen du thorax débarrassé du liquide fera quelquefois reconnaître du côté du poumon quelques lésions restées jusqu'alors inconnues. Il n'en est pas moins vrai que ce cas est des plus difficiles et que le plus souvent le clinicien sera obligé de suspendre son avis jusqu'à ce que la marche de la maladie l'ait enfin fixé.

Si, au contraire, l'épanchement est hémorrhagique, on péchera souvent par l'excès opposé ; on posera le diagnostic de pleurésie cancéreuse, alors que l'épanchement peut être simple ou tuberculeux. Il y a donc ici un diagnostic fort délicat à faire entre la pleurésie hémorrhagique cancéreuse et les pleurésies hémorrhagiques simples et tuberculeuses. M. Moutard-Martin a parfaitement étudié les caractères différentiels de ces trois affections ; nous ne croyons pouvoir mieux faire que de rapporter ici le tableau qu'il en a donné.

(1) Il en serait de même des hydatides de la poitrine.

1° *Pleurésie hémorrhagique cancéreuse.*

a. — Avant la ponction.

A técédents héréditaires fréquents. Début incertain. Frisson du début exceptionnel.Pleurodynie fixe, tenace. Irradiation douloureuse. Longue durée de ces symptômes. Assez bon état général. Toux rarement absente, quelquefois quinteuse, coqueluchoïde. Expectoration assez fréquente, variable, quelquefois gelée de groseilles. Hémoptysie. Dyspnée marquée continue ou paroxystique. Fièvre rare. Quelquefois symptômes de compression. Dilatation veineuse. Œdème de la paroi thoracique avec ou sans œdème sus- diaphragmatique.

b. — Ponction souvent indiquée. Signes d'épanchement abondant. Absence fréquente de son skodique.

c. — Après la ponction.

Signes locaux peu ou pas modifiés. Reproduction rapide d'un épanchement abondant. Persistance de phénomènes de compression s'il en existait. Cachexie, phlegmatia, engorgement sus-claviculaire. Teint cancéreux.

Nécessité de ponctions successives. Cloisonnement progressif de la plèvre assez fréquent. Aggravation progressive. Mort.

2° *Pleurésie hémorrhagique tuberculeuse.*

a. — Avant la ponction.

Antécédents héréditaires rares.

Début très insidieux. Frisson exceptionnel. Pleu-

rodynie mal limitée, ambulante. Pas d'irradiation. Mauvais état général, sans signe de tuberculose toutefois, quelquefois signes de pleuro-pneumonie. Toux souvent sèche ou absente. Expectoration sans caractères, quelquefois pneumonique. Dyspnée modérée, sans paroxysmes. Fièvre fréquente. Pas de symptômes de compression locale, quelquefois œdème général dû à l'abondance de l'épanchement. Ni dilatation veineuse œdème, ni de la paroi, ni œdème sus-diaphragmatique.

b. Ponction exceptionnelle. Signes d'épanchement peu abondants; son skodique.

c. Après la ponction.

Signes locaux modifiés. Reproduction rapide de l'épanchement. Pas de phénomènes de compression. Pas de cachexie ni de phlegmasie, ni ganglions, ni teint cancéreux.

Pas de seconde ponction. Pas de cloisonnement de la plèvre.

Aggravation très rapide de la maladie. Phénomènes généraux de tuberculisation. Mort.

3° *Pleurésie hémorrhagique simple.*

a. Avant la ponction.

Antécédents héréditaires nuls.

Début franc. Frisson inconstant. Pleurodynie marquée, mais passagère. Pas d'irradiations névralgiques Toux exceptionnelle. Expectoration nulle. Dyspnée en rapport avec l'abondance de l'épanchement; quelquefois symptômes de compression par suite de l'abondance de l'épanchement; œdème généralisé ayant débuté par les jambes, pas de dilatation veineuse.

b. Ponction assez souvent indiquée. Symptômes d'épanchement abondant.

c. Après la ponction.

Signes locaux très modifiés. Reproduction lente ou nulle d'un épanchement peu abondant. Disparition rapide des phénomènes de compression par l'épanchement. Pas de cachexie. Amélioration de l'état général. Retour de la santé. Pas de seconde ponction, pas de cloisonnement de la plèvre. Guérison.

Nous venons de passer en revue les cas dans lesquels le cancer de la plèvre s'accompagne d'un épanchement facilement reconnaissable; mais ce dernier n'existe pas toujours, et quelquefois il peut présenter tous les signes d'une tumeur intra-thoracique ou d'une induration pulmonaire. Le diagnostic devient alors plus difficile encore. On différenciera facilement le cancer de la plèvre de la tuberculose pulmonaire, d'un anévrysme aortique, d'une tumeur du foie développée du côté du thorax, mais il sera le plus souvent impossible de le différencier d'un cancer du poumon ou du médiastin, d'autant plus que ces lésions existent presque toujours simultanément.

PRONOSTIC.

Le cancer de la plèvre se termine toujours par la mort. Celle-ci est due ou bien à la généralisation du cancer et à la cachexie consécutive, ou bien à l'asphyxie qu'amène la compression du poumon et des gros vaisseaux.

TRAITEMENT.

Nous n'avons nullement l'intention de passer ici en revue toutes les médications qui ont été employées dans le cancer ; nous aborderons uniquement une question, savoir : l'opportunité de la thoracentèse dans les épanchements consécutifs au cancer de la plèvre.

Darolles (1) croit cette opération absolument contre-indiquée : « 1° parce qu'elle n'atteint jamais le but qu'on se propose, la dyspnée conservant après la ponction le même degré de violence qu'elle possédait avant l'opération ; 2° parce que le liquide se reformant avec une excessive rapidité, une première ponction en appelle une deuxième et ainsi de suite ; 3° parce que le liquide étant presque toujours sanguinolent, il est indiscutable que cette soustraction incessante de sang dilué produit à la longue une spoliation sanguine considérable, qui concourt pour sa part au dépérissement du sujet. »

(1) Darolles. Loc. cit.

Moutard-Martin s'est élevé, avec juste raison, contre cette opinion beaucoup trop exclusive.

Lorsque l'épanchement est abondant et qu'il existe une dyspnée intense, la thoracentèse est toujours indiquée. Mais ici, plus que dans tout autre cas, il est nécessaire d'agir avec prudence. Il ne faut pas chercher à vider la plèvre ; on devra, selon le précepte de M. Dieulafoy, ne pas retirer plus d'un litre de liquide. En agissant de cette façon, on obtiendra un soulagement immédiat, que souvent le malade reclame lui-même, et on atténuera la reproduction d'ordinaire excessivement rapide de l'épanchement, tout en permettant aux parties perméables du poumon, légèrement décomprimées, de reprendre quelque chose de leur fonctionnement physiologique.

Si le liquide se reproduit, ce qui arrivera fatalement, on est autorisé à répéter la ponction, lorsque l'oppression sera très marquée et qu'elle semblera absolument nécessaire. On aura soin de laisser entre les ponctions un intervalle aussi long que possible ; de cette façon on évitera la spoliation qui peut contribuer au dépérissement du sujet, comme le dit Darolles.

En résumé, dans le cancer de la plèvre, la ponction peut et doit être pratiquée ; elle amène du soulagement et permet toujours de prolonger la vie des malades.

CONCLUSIONS.

1° Le cancer primitif de la plèvre est exceptionnel ; mais il existe.

2° Le cancer de la plène s'accompagne le plus souvent d'un épanchement abondant ; mais ce dernier peut manquer. Lorsqu'il existe, il est tantôt séreux, tantôt hémorrhagique.

3° L'examen microscopique a démontré que le cancer de la plèvre pouvait être rattaché au genre épithélioma. Celui-ci est formé tantôt par des cellules cylindriques, tantôt par des éléments moins bien définis, cellules métatypiques de Malassez.

4° Il n'est pas de symptômes pathognomoniques du cancer de la plèvre ; les signes de cette affection se confondent avec ceux d'un épanchement pleurétique abondant ou d'une tumeur intra-thoracique.

5° Il existe deux formes de cancer de la plèvre : la forme chronique, de beaucoup la plus fréquente ; la forme aiguë, exceptionnelle.

6° Le diagnostic est des plus difficiles ; la plupart du temps la marche de l'affection, les symptômes de cachexie permettent seulement d'y arriver.

7° La thoracentèse est indiquée dans les épanchements qui accompagnent la pleurésie cancéreuse, toutes les fois que cet épanchement est abondant et la dyspnée violente.

Observation I (personnelle).

Le nommé Jean C..., manœuvre à l'établissement d'Indret, âgé de 56 ans, entre le 4 février 1880 à l'Hôtel-Dieu de Nantes, cabinet Saint-Charles, lit n° 1, service de M. Bonnamy. Ce malade présente des antécédents assez simples : il a toujours été d'une constitution robuste et exerce depuis longtemps la profession de manœuvre, qu est, comme l'on sait, très pénible. A l'âge de 40 ans, il prit une pleurésie qui l'empêcha de travailler plusieurs mois. Cette pleurésie siégeait à droite; elle nécessita un long traitement et l'application de plusieurs vésicatoires. Le malade se remit cependant assez bien de cette affection et depuis lors ne s'en ressentit aucunement.

Son père est mort à 50 ans d'une pleurésie, sur laquelle le malade ne peut fournir aucun renseignement précis. Sa mère est morte à l'âge de 85 ans. Il n'a ni frères ni sœurs.

Il y a environ six mois, c'est-à-dire seize ans après la pleurésie sus-mentionnée, notre malade fut pris sans raison apparente d'accès de suffocation. Ces accès survenaient principalement la nuit lorsqu'il était couché, et son état, nous dit-il, ressemblait tellement à celui d'un asthmatique, qu'il fut traité comme tel par le médecin qui le soigna. Cet état dura environ une quinzaine de jours et les accès d'oppression disparurent complètement. C'est alors que notre homme s'aperçut pour la première fois qu'il avait une grosseur au côté droit. Cette tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, était située, d'après ses renseignements d'ailleurs très précis à ce sujet, vers le quatrième espace intercostal. On lui appliqua à ce niveau six vésicatoires consécutifs et on lui prescrivit des diurétiques. Cependant rien n'y fit; et la douleur de côté, qui tout d'abord était très tolérable, et ne l'empêchait pas de vaquer à ses occupations habituelles, devint bientôt très vive; une oppression continue ne tarda pas non plus à apparaître, si bien que notre malade au bout de quelque temps dut abandonner son travail. Depuis quatre jours surtout, son état a sensiblement empiré; il se plaint de douleurs intermittentes très vives dans tout le côté droit.

Voici ce que nous remarquons à son entrée à l'hôpital :

L'état général nous semble relativement assez satisfaisant les fonctions digestives s'exécutent bien, l'appétit est conservé, il n'y a pas d'amaigrissement notable. Mais en revanche la respiration est extrêmement embarrassée ; il existe une, oppression considérable qui est surtout prononcée dans le décubitus dorsal. Pour respirer, le malade est obligé de s'asseoir dans son lit ; les inspirations sont brèves et très rapprochées; la face est légèrement cyanosée ; la voix est enrouée et sans force ; il existe une petite toux sèche et fréquente, sans aucune expectoration. Il n'y a pas de fièvre; le pouls est faible, le cœur bat à sa place et l'auscultation n'y révèle aucun bruit anormal.

En examinant le malade de plus près, on remarque que le côté droit de la poitrine est notablement dilaté et que cette dilatation s'étend en travers de l'apophyse xyphoïde du sternum à la colonne vertébrale et remonte en haut jusqu'à l'aisselle. Le tiers supérieur du thorax ne paraît pas avoir participé à cette dilatation; le côté gauche a ses diamètres normaux. Nous remarquons en outre des dilatations variqueuses des veines sur presque tout le côté droit du thorax ; ces varicosités sont très prononcées.

Au niveau de la tuméfaction, la paroi thoracique est molle, dépressible, le doigt y laisse à la pression une empreinte très marquée; il y a de l'œdème manifeste, localisé à cette portion du thorax. Cette pression du doigt est d'ailleurs douloureuse et le malade accuse une sensibilité très vive au niveau de la quatrième et cinquième côte, le long des nerfs intercostaux.

Les vibrations thoraciques ont totalement disparu du côté droit, tandis qu'à gauche elles persistent à l'état normal.

La percussion donne une matité absolue dans les 2/3 inférieurs du thorax à droite, en avant et en arrière; en haut et en avant sous la clavicule il existe au contraire un bruit skodique. Le son est normal, légèrement exagéré à gauche. Le foie est notablement abaissé et déborde les fausses côtes de trois travers de doigt environ.

La respiration est soufflante en haut, en avant et en arrière; dans les 2/3 inférieurs il y a absence totale du murmure vésiculaire.

Le diagnostic était embarrassant; aussi M. Bonnamy hésita-t-il tout d'abord entre une pleurésie purulente et l'existence d'une tumeur intra-thoracique, accompagnée d'épanchement pleural. Il ordonna :

Potion antispasmodique éthérée.

Potion gommeuse.....................
Teinture de digitale.................... XV gouttes.
Alcoolature d'aconit.................... 1 gramme.

Injection de chlorhydrate de morphine, 1 centigr.

6 février. La nuit a été assez calme ; les douleurs ont cédé à l'injection de morphine. Absence de fièvre. Appétit conservé. Mêmes prescriptions.

Le 7. Violente céphalalgie, d'ailleurs même état.

Le 10. L'oppression augmente, les douleurs sont plus vives, le foie dépasse les fausses côtes de quatre grands travers de doigt.

Le 11. Les douleurs ont cessé; la nuit a été assez calme. L'oppression est peut-être un peu moins prononcée que la veille, mais le malade est abattu.

Jours suivants : même état.

Le 15. Les douleurs sont devenues plus vives; le malade ressent dans tout le côté droit de violents coups d'aiguille. L'oppression persiste. L'amaigrissement a fait des progrès sensibles depuis quarante-huit heures. Une teinte cachectique jaune paille commence à s'accuser. Absence de fièvre. Constipation.

Vin de Malaga.................... 100 grammes.
Huile de ricin.................... 30 grammes.

Le 16. Même état; les veines sous-cutanées thoraciques sont plus dilatées que les jours précédents.

Les 17, 18, 19. La maladie fait des progrès; le malade s'affaiblit de jour en jour; l'amaigrissement s'accentue.

Le 20. Nous trouvons le sujet plus fatigué; le pouls est faible. Les douleurs sont très aiguës dans le côté droit; elles s'exagèrent à la moindre pression de telle sorte que le malade ne peut résister. Pendant toute la nuit, elles ont été si vives que tout sommeil a été impossible. Le malade réclame des sangsues pour calmer ses douleurs; les sangsues, dit-il, lui ayant procuré jadis beaucoup de soulagement. Les forces sont tellement abattues, le pouls si faible qu'on les lui refuse. L'appétit est nul.

Sinapismes aux jambes.

Pilules d'aloës.

Le 21. Depuis 24 heures, la maladie a fait des progrès très sensibles. Le malade est assis dans un fauteuil; le décubitus dorsal est très pénible; le moindre mouvement réveille des douleurs atroces. L'amaigrissement est très prononcé; la

teinte cachectique, la couleur jaune-paille nous frappent. Le pouls est toujours très faible, l'oppression plus intense. La voix est presque éteinte.

M. Bonnamy appelle en consultation M. A. Malherbe pour avoir son avis sur l'opportunité d'une thoracentèse. Après un examen attentif et minutieux, on trouve pour la première fois, outre les signes ci-dessus mentionnés, des ganglions indurés assez volumineux dans l'aisselle. Le diagnostic de tumeur cancéreuse intra-thoracique auquel on avait pensé semble donc devoir être admis. L'idée de toute intervention chirurgicale est rejetée, la faiblesse du malade faisant redouter qu'il ne vienne à succomber pendant l'opération.

Vésicatoire. Sinapismes aux jambes. Potion : bromure de potassium, 4 grammes; eau, 120 grammes.

Le malade meurt vers 3 heures de l'après-midi.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, il s'écoule une quantité énorme (environ deux litres) d'un liquide louche, sanguinolent. Il en reste plus d'un litre dans la cavité thoracique droite. Une partie de ce liquide est recueilli pour être examiné. Le scalpel plongé dans l'épanchement ne rencontre aucun corps résistant; le poumon semble avoir totalement disparu. Vers le milieu de la cavité, adhérant au médiastin, on aperçoit un cylindre de la grosseur du pouce que l'on prend tout d'abord pour une veine. Après avoir épuisé le liquide, l'on reconnaît aisément que ce prétendu vaisseau n'est autre chose que le lobe antérieur du poumon.

Ce dernier est rapetissé, de la grosseur du poing d'un enfant et entièrement logé dans la gouttière costo-vertébrale. Il est dur et présente une certaine résistance au scalpel. La coupe ne démontre dans son intérieur aucune formation de mauvaise nature. La plèvre présente un aspect bien remarquable; elle est tapissée d'un détritus sanguinolent qui n'offre aucune résistance et qui ressemble à du jus de groseille concentré. Son feuillet pariétal est recouvert d'un grand nombre de petites granulations blanchâtres de 2 ou 3 centimètres de diamètre. Il en existe quelques-unes sur le feuillet viscéral; mais elles y sont beaucoup moins nombreuses. Ces petites granulations blanchâtres se rencontrent aussi en grande quantité sur la plèvre diaphragmatique. Elles sont dures et crient sous le scalpel.

La plèvre gauche est normale, et le poumon de ce côté présente quelques adhérences, dues probablement à une pleurésie ancienne.

Le cœur est recouvert de plaques laiteuses; le péricarde contient quelques dépôts fibrineux qui dénotent l'existence d'une péricardite. Il n'y a pas de liquide sanguinolent dans la cavité, ni de tumeurs rappelant celles de la plèvre à sa surface.

Les ganglions de l'aisselle sont extirpés; ils sont durs et résistent au scalpel. On les recueille ainsi qu'une partie de la plèvre et du poumon pour les examiner au microscope.

Le foie est légèrement cirrhosé; mais ne présente aucune néoplasie. La rate, l'estomac, les reins, l'intestin sont examinés attentivement et l'on n'y rencontre rien de particulier. Le cerveau ne présente non plus aucune altération. En résumé, il n'y a dans aucun organe de néoplasie analogue à celles que nous avons rencontrées dans la plèvre. Il s'agit bien là d'un cancer primitif de la plèvre.

Examen microscopique. — Nous rapportons textuellement la note qu'a bien voulu nous communiquer M. A. Malherbe :

La lésion primitive qui a eu tous ces désordres pour conséquence se trouve sur la plèvre costale et diaphragmatique. Elle se présente sous la forme d'une bouillie blanchâtre, très molle, d'aspect et de consistance absolument encéphaloïdes. C'est un cancer dont le point de départ est probablement la plèvre. Nous n'avons trouvé nulle part ailleurs de cancer secondaire. Deux préparations microscopiques, faites peu de jours après l'autopsie, montrent qu'il s'agit d'un type d'épithéliome à cellules cylindriques.

Nous avons fait quelques coupes sur le tissu dur représentant le poumon, voici ce que nous avons observé :

Le tissu pulmonaire ne serait nulle part atteint par le néoplasme. On reconnaît sur les préparations des tractus assez vivement colorés par le carmin, représentant la charpente conjonctive; on voit, en outre, des vaisseaux gorgés de sang. Une grande quantité de matière anthracosique se trouve disséminée dans le tissu sous forme de petits conglomérats d'un noir absolu; enfin, toutes les places vides sont remplies par les éléments cellulaires, tantôt polyédriques, tantôt prismatiques; on peut suivre de longues traînées de cellules paraissant avoir leurs cils vibratiles; ces cellules représentent la direction d'une bronche.

En somme, il y a là une pure et simple condensation des éléments pulmonaires sans altération notable de structure, et il est probable que si l'épanchement pleural avait été de nature à disparaître, ce poumon condensé aurait pu se dilater peu à peu et revenir à ses fonctions.

Observation II.

Pleurésie hémorrhagique cancéreuse primitive (Épithélioma métatypique), par Savard, interne des hôpitaux (1).

Le nommé P..., âgé de 49 ans, emballeur, est entré le 7 janvier au soir à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Guyot. Ce malade prétend avoir été pris brusquement, il y a vingt jours, d'un point de côté très intense et d'un violent frisson avec toux et oppression, ce qui l'obligea de quitter son travail. l dit s'être toujours bien porté; son père est mort phthisique, sa mère était, au contraire, très vigoureuse.

Après avoir été pris si brusquement, il rentra chez lui et prit du lait. Malgré le repos, le point de côté ne diminuait point; la toux était fréquente, l'appétit nul; quelquefois, lorsqu'il quittait le lit, il était pris de frissons; au bout de huit jours, ses crachats étaient devenus sanglants; aussi, voyant qu'il ne trouvait pas de soulagement, il se décida à entrer à l'hôpital quinze jours après le début de la maladie.

A son entrée, on le trouvait très oppressé, mais sans fièvre bien prononcée, souffrant toujours de son point de côté et rejetant par la toux des crachats sanglants, pas aussi adhérents au vase que ceux de la pneumonie, et d'un rouge vif. La partie gauche de la poitrine paraissait dilatée et immobile; la percussion de ce côté donnait un son absolument mat du haut en bas, en avant et en arrière; la région sous-claviculaire même n'était pas plus sonore; il y avait absence complète de bruit skodique. Le côté droit avait conservé une sonorité normale. L'auscultation du côté gauche faisait constater l'absence complète du murmure vésiculaire et l'existence d'un souffle pleurétique de moyenne intensité, tandis qu'à droite il y avait des râles sous-crépitants et sibilants vers la base. Quant aux vibrations thoraciques, elles étaient très affaiblies, mais pas abolies du côté malade où l'on entendait de l'égophonie.

En recherchant l'état du cœur, on ne sentait que très vaguement ses battements, et on les trouvait surtout vers la droite du sternum.

9 janvier. OEdème de la paroi thoracique gauche; mais absence de frissons antérieurs violents, pas de diarrhée.

Ponction donnant issue à un liquide fortement coloré par le

(1) Progrès médical, 1879, p. 605-607.

sang; on en tira un litre. La percussion et l'auscultation pratiquées après la ponction ne firent constater aucune modification des signes physiques. Toutefois, l'oppression diminua un peu.

Le 10. L'œdème a diminué; mais la matité est absolue. Seconde ponction donnant 1.200 gr. de liquide qui renferme toujours autant de sang.

Après la ponction, la matité reste la même, mais on entend un peu la respiration, le cœur semble revenu vers la gauche. Le malade se sent un peu plus calme. Température 38.

Le 11. Même état. Température 37,5.

Le 12. Température 38,4; le teint du malade devient jaune, l'œdème thoracique a augmenté. L'épanchement paraît s'accroître de nouveau.

Le 13. Même état. Température 38.

Troisième ponction, donnant 1.500 gr. de liquide, qui est formé par du sang presque pur.

Après la ponction, la matité persiste toujours, le soir, température 38,6.

Le 15. Température 38,8. Pas de changements.

Jours suivants : aggravation progressive.

Mort le 22 janvier.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité thoracique, il s'écoule une grande quantité de liquide teinté de sang provenant du côté gauche de la poitrine. La plèvre correspondante est très épaissie ; entre ses deux feuillets, outre le liquide auquel on vient de donner issue, on trouve d'épaisses fausses membranes et de nombreux caillots sanguins qui cachent complètement le poumon. Celui-ci est refoulé dans la gouttière vertébrale et réduit à peu près au volume du poing; les fausses membranes qui l'entourent et qui en rendent l'extraction très difficile présentent une grande densité, surtout en arrière, où la plèvre, elle-même indurée, a par places une épaisseur de un centimètre et demi à deux centimètres. En la séparant par la dissection des côtes auxquelles elle adhère, on voit que celles-ci sont saines. La coupe du poumon fait constater plusieurs masses dures, formées sans doute d'éléments cancéreux.

La cavité pleurale du côté opposé ne renferme pas de liquide; le poumon correspondant est sain, à part un peu d'emphysème ; le sommet cependant est dur et présente une bride cicatricielle. La coupe y fait voir deux masses de tubercules crétacés. Le cœur, qui était refoulé en bas et à droite par l'épanchement sanguin de la cavité pleurale gauche, ne présente pas de lé-

sions; les autres organes sont sains; on ne peut trouver nulle part d'autres tumeurs cancéreuses.

Examen histologique pratiqué par M. Déjerine. — Les fragments de la tumeur qui nous avait été remise consistaient, d'une part, en un fragment de plèvre long de cinq centimètres sur trois de large et deux d'épaisseur, ayant une consîstance fibro-lardacée très marquée, et, d'autre part, en un fragment de tissu pulmonaire.

Examen à l'état frais du fragment pleural. — Par le raclage de cette tumeur, qui ne présente aucune espèce de suc, on obtient des fibrilles de tissu conjonctif en voie de développement et d'assez nombreuses cellules, qui présentent les caractères suivants : ce qui frappe, au premier abord, c'est l'apparence polymorphe de ces éléments. Les uns présentent le type de l'épthélioma cylindrique arrivé à son complet développement, d'autres rappellent le type cubique, d'autres le type pavimenteux avorté.

Examen après durcissement. — Les pièces ont séjourné dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool.

Plèvre. — Fortement épaissie, épaisseur qui, sur certains points, atteint plus de deux centimètres. Cet épaississement est produit par l'apposition de nouvelles couches conjonctives, tissu ayant dépassé déjà l'état embryonnaire et constitué par des éléments fusiformes, munis d'un noyau allongé au sein d'une substance amorphe ou vaguement fibrillaire.

L'intérieur de cette gangue conjonctive est creusé de nombreuses cavités, rappelant à un examen superficiel l'apparence alvéolaire du carcinome, mais en différant sous beaucoup de points de vue, comme nous allons le voir.

Les cavités présentent à étudier, leur forme, leur paroi et leur contenu d'aspect très variable. Ces cavités sont, les unes régulièrement arrondies et d'apparence kystique, d'autres ont des bords irréguliers, d'autres enfin ne sont représentées que par de simples fentes. Cette apparence morphologique différente résulte d'un degré plus ou moins avancé du processus pathologique.

La paroi de ces cavités est simplement formée par le tissu conjonctif au sein duquel elles sont creusées. Les cavités kystiques sont revêtues à la périphérie par une seule couche d'épithélium cylindrique, implanté perpendiculairement à la paroi et formant à cette dernière une bordure très régulière semblable à celle d'une glande en tubes. Dans le centre de

ces kystes, on trouve quelques cellules épithéliales dégénérées.

Dans les cavités dont le développement est moins avancé, la bordure épithéliale persiste, mais le reste de la cavité est rempli par des cellules d'aspect épithélioïde.

Enfin, sur les simples fentes, la transformation de l'épithélium pavimenteux et cubique en épithélium cylindrique n'est pas encore effectuée, et c'est surtout cette apparence qui pouvait faire penser, si l'on examinait d'autres points de la préparation, à des alvéoles carcinomateuses.

Diagnostic anatomique. — Il est de toute évidence que l'on a affaire ici à un cancer du poumon, mais le mot cancer n'ayant qu'une définition clinique et ne préjugeant pas la nature histologique d'une lésion, il nous reste à rechercher dans quelle classe de tumeurs nous devons faire rentrer celle dont nous venons de pratiquer l'examen.

Il ne s'agit pas ici d'un carcinome alvéolaire : nous avons montré combien la disposition épithéliale, à l'intérieur des cavités dont est creusée la tumeur, était peu favorable à ce genre d'interprétation. Cette tumeur aurait été classée autrefois dans les tumeurs hétéradénique.

Ce n'est pas non plus un épithéliome cylindrique pur, puisque l'intérieur des cavités contient des cellules épithéliales pavimenteuses, mais c'est avec cette espèce de tumeur que le cas actuel offre le plus de ressemblance ; on doit le classer dans le groupe des épithéliomas décrit dans ces dernières années par M. Malassez sous le nom d'épithéliomes muquoïdes ou épithéliomes métatypiques.

Il serait intéressant de rechercher le point de départ de cet épithéliome : s'agit-il d'une lésion ayant débuté dans la plèvre ou cette dernière n'a-t-elle été envahie que consécutivement au poumon? C'est cette dernière hypothèse qui nous paraît la plus probable. Toutefois, dans le cas actuel, nous devons dire que nous n'avons aucune preuve à apporter à l'appui de cette opinion, car dans la partie du poumon que nous avons eu à examiner, nous n'avons trouvé que des altérations banales de pneumonie catarrhale, coïncidant avec un léger degré d'épaississement des parois alvéolaires. Nulle part nous n'avons pu trouver de processus épithéliomateux ; il est possible, toutefois, que le point de départ de l'affection siégeât dans un point quelconque du parenchyme pulmonaire dont, nous l'avons dit plus haut, nous n'avons pu examiner qu'une petite partie.

Obervation III.

Cancer de la plèvre et du péricarde, par Couëtoux.

(Journal des Sciences médicales de Lille, 1881, p. 678-681.)

Smet (Emile), 29 ans, forgeron, entre le 1er septembre 1880. D'apparence très robuste, le malade n'a pas eu d'autres maladies antérieures qu'une variole en 1870. Son père, sa mère et sa sœur sont encore vivants et très bien portants.

Depuis quelques jours, douleur très légère au-dessous du mamelon droit; le 18 août, dyspnée intense après travail forcé; d'ailleurs ni frissons, ni toux, ni crachats.

1er septembre, signes d'un vaste épanchement occupant le côté gauche de la poitrine. Absence de toux; face congestionnée, veines distendues d'une façon extrême, surtout celles du front, du cou, et des avant-bras. Battements cardiaques sourds, pouls irrégulier et misérable. Déformation thoracique peu prononcée et égale des deux côtés.

Trois thoracentèses : l'une, le 1er septembre, donne un litre de liquide citrin dans lequel on constate le lendemain un léger dépôt de globules sanguins, la seconde, le 3 septembre, un litre de liquide sanglant; la troisième, le 13 septembre, un litre de liquide presque exclusivement composé de sang. Au moment de la dernière ponction, œdème considérable avec stase veineuse de la paroi thoracique. Température constamment normale.

Autopsie. — Dans la cavité pleurale gauche, deux litres de liquide rougeâtre, semblable à celui de la dernière ponction. Dans le péricarde, une centaine de grammes d'un liquide louche légèrement purulent.

Dans le médiastin antérieur, énorme tumeur qui semble partir du péricarde pariétal. Celui-ci, accolé à la face postérieure du sternum, est très épaissi. Le cœur a conservé sa mobilité, le péricarde viscéral est atteint aussi par places. Les artères et les veines se trouvent engainées dans la masse néoplasique.

Du péricarde, la tumeur s'étend aux deux plèvres pariétales; tandis que le poumon droit est congestionné, le poumon gauche, atélectasié, était réduit à trois lamelles comprimées dans les replis d'une séreuse envahie par la tumeur.

La plèvre diaphragmatique est aussi atteinte.

La masse néoplasique offre les caractères suivants : dure, blanche, ayant par place l'apparence stratifiée, elle est creusée sur trois ou quatre points de petites excavations remplies de substance cancéreuse ; sur quelques autres points, au milieu de la masse solide et blanche, se trouvent de petits îlots d'une consistance plus molle, d'un aspect rougeâtre et paraissant ne pas faire corps avec le tissu au milieu duquel ils sont plongés. La surface de la tumeur est polie, comme si la séreuse était restée inaltérée et si la tumeur s'était développée aux dépens de la couche fibreuse.

Obervation IV.

Cancer colloïde primitif de la plèvre, par Émile Demanges, agrégé de la Faculté de Nancy (1).

Kellé (Dominique), âgé de 67 ans, journalier, entra le 3 septembre 1878 à l'hôpital Saint-Charles, salle Saint-Roch, n° 8. Toujours il a eu une excellente santé, pas d'alcoolisme ni de syphilis; il y a quinze ans, il a eu des accès de fièvre intermittente, qui ont duré sept semaines; jamais il n'a eu d'autres maladies.

Deux mois environ avant son entrée à l'hôpital, il a ressenti des douleurs vagues dans le dos et la poitrine; la respiration était moins libre, et souvent une fatigue inaccoutumée l'obligeait à interrompre son travail. Vers la même époque, il souffrit pendant trois jours d'un point de côté à droite, et en même temps survint une toux sèche, peu fréquente et quinteuse. Ce point disparut, mais la respiration devint de plus en plus hâletante; il ne pouvait marcher un peu longtemps, ni porter des fardeaux sans se reposer; enfin il était sujet à des palpitations.

Etat actuel. — Cet homme est excessivement maigre et porte plus que son âge; les traits sont fatigués et la figure exprime un état d'anxiété continuelle. Il se plaint d'avoir la respiration gênée ; en effet, il est sans cesse assis sur son lit, incliné du côté droit. La respiration est plus fréquente, varie entre 30 et 40 par minute, le moindre mouvement provoque une toux sèche, quinteuse, pénible. La douleur de côté a disparu.

A l'examen de la poitrine, nous constatons en avant :

(1) Revue médicale de l'Est, 1879, p. 108-114.

A gauche, sonorité normale, même un peu exagérée ; respiration rude, puérile, pas de râles.

A droite, sous la clavicule, son skodique très prononcé, matité à partir du troisième espace, se continuant avec la matité du foie ; celle-ci dépasse les fausses côtes de 4 centimètres; le bruit vésiculaire a complètement disparu ; il est remplacé par un souffle qui s'entend dans toute la hauteur du poumon.

En arrière, à gauche, sonorité normale dans les 2/3 supérieurs, diminuée dans le 1/3 inférieur; respiration normale en haut, râles muqueux à la base; à droite, matité absolue dans toute la hauteur et dans l'aisselle, souffle amphorique expiratoire très prononcé s'entendant dans toute la hauteur du poumon et dans l'aisselle; absence complète du bruit vésiculaire; vibrations thoraciques disparues presque complètement, voix chuchotante dans toute la hauteur, pas d'égophonie ; voussure thoracique très manifeste à droite. La pointe du cœur bat dans le septième espace intercostal, à deux travers de doigt en dehors de la ligne mamillaire; matité précordiale un peu exagérée : frémissement systolique perceptible à la pointe; pas de souffle, les bruits sont réguliers et sourds; stase des jugulaires, Pouls dépressible à 100. Température 37,8. Appétit faible, digestions régulières, selles et urines normales.

Le 6. Même état, pas de fièvre. Thoracentèse donnant issue à 3 litres et 300 centilitres d'un liquide séreux jaune citron, très légèrement louche.

Après la ponction, disparition du souffle amphorique, remplacé par un souffle doux; réapparition du bruit vésiculaire dans les 2/3 supérieurs du poumon. Soulagement immédiat.

Le 7. L'oppression n'a pas reparu ; le murmure respiratoire s'entend dans tout le côté droit. Le souffle doux a disparu; les vibrations thoraciques ont reparu. Pas de fièvre.

Le 9. Même état, frottements pleuraux.

Le 10. L'épanchement se reforme.

Les 11, 13. Il augmente les jours suivants.

Le 19. Œdème limité à la paroi thoracique droite.

Le 21. Seconde ponction amenant 1.500 grammes d'un liquide absolument semblable au premier. Soulagement immédiat.

Le 27. Apparition d'un épanchement peu abondant, mais incontestable dans la plèvre gauche. T. 38.

Cette apparition d'un épanchement dans la plèvre gauche fait supposer qu'il pourrait bien y avoir quelques néoformations cancéreuses dans le poumon ou la plèvre, mais l'examen du

poumon gauche, ainsi que celui des autres organes est absolument négatif.

3 octobre. Disparition de l'épanchement à gauche, augmentation de celui de droite.

4. Troisième ponction, donnant 3 litres et demi de liquide identique à celui des ponctions précédentes.

Le 5. Soulagement.

Le 14. L'épanchement a reparu.

Le 17. Nouvelle ponction, amenant un liquide semblable à celui des premières ponctions (1.900 grammes) ; mais après laquelle la sonorité ne revient pas franchement. Les crachats sont toujours rares et purement muqueux.

Le 24. L'épanchement a augmenté, l'état général est très mauvais ; nouvel épanchement à gauche, mort le premier novembre.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on constate que les deux plèvres renferment un liquide citrin analogue à celui qui a été extrait par les ponctions ; la plèvre droite en contient 3 litres environ. la plèvre gauche, un litre. Le poumon droit est refoulé directement au sommet de la cavité thoracique, où il est fortement adhérent par sa partie supérieure, tandis que la partie inférieure est libre et flotte dans le liquide, ce qui explique la possibilité de la dilatation du poumon après les ponctions ; il est réduit pour le moment à la moitié environ de son volume normal.

La plèvre costale droite est tapissée dans toute son étendue par des tumeurs de volume variant de celui d'un gros pois à celui d'un grain de raisin ; elles sont d'un aspect blanc jaunâtre, rappelant assez la coloration d'un grain de raisin blanc bien mûr ; leur aspect est gélatineux, leur consistance dure pour les uns, molle pour les autres ; ces dernières, à la pression, s'écrasent assez facilement et laissent échapper un liquide gélatiniforme et hyalin.

A la coupe, ces tumeurs sont blanchâtres, et on n'aperçoit pas de foyers hémorrhagiques, ni de vaisseaux dans leur intérieur. Des tumeurs semblables couvrent la plèvre viscérale, sur la plèvre gauche, elles sont de même nature, mais très disséminées.

Dans les deux poumons, on rencontre de ces néoplasies autour des bronches, autour le tissu pulmonaire est sain, mais comprimé. Les ganglions du hile sont cancéreux.

On trouve dans le foie des tumeurs analogues, quelques gan-

glions abomdinaux sont également atteints. Le tube digestif et l'estomac sont sains; la rate est normale.

Le péricarde et le cœur sont normaux; les reins offrent par places des tumeurs d'aspect colloïde.

Observation V.

Cancer de la plèvre consécutif à des cysto-carcinomes de l'utérus et des ovaires, par Arnezan, interne des hôpitaux (1).

Florine G..., entrée à la salle Saint-Vincent (service de M. Chauffard, hôpital de la Charité), le 3 février 1879, y est morte le 21 février suivant. Agée de 49 ans, cette malade dont les antécédents héréditaires sont assez confus et les antécédents personnels excellents, fait remonter à un an environ le début de l'affection dont elle souffre. Des constipations opiniâtres suivies de brusques débâcles en constituèrent les premiers symptômes, un amaigrissement rapide survint bientôt. Au moment de son admission à l'hôpital, la malade, dont l'aspect cachectique frappe, appelle l'attention sur une tumeur qui occupe la partie moyenne de la paroi abdominale, s'étend obliquement de gauche à droite et de haut en bas, et se perd inférieurement dans la cavité pelvienne. Elle est dure, inégale. Rate normale, foie déborde les fausses côtes. Effacement complet du cul-de-sac postérieur du vagin; col refoulé en haut et en avant. Le toucher rectal fait retrouver la même tumeur qui semble située dans la cloison intermédiaire au rectum et au vagin dont les calibres sont presque complètement effacés.

Constipation opiniâtre, ni métrorrhagie, ni leucorrhée; miction facile.

Pas de douleurs. Œdème des deux membres inférieurs sans phlébite. Absence d'ascite.

Aucun trouble respiratoire; rien d'anormal à gauche. Mais à droite, voussure énorme; pas de saillie des espaces intercostaux, déformation régulière. Dans la fosse sus-épineuse et le creux sus-claviculaire jusqu'au troisième espace intercostal, respiration normale. Dans tout le reste du côté droit, matité, disparition presque complète du murmure respiratoire, perte d'élasticité de la paroi, augmentation légère de vibrations vocales. Pas de souffle, pas d'égophonie, pas de râles.

Rien d'anormal du côté du médiastin. Pas de ganglions sus-

(1) Progrès médical, 1879, p. 708.

claviculaires ni axillaires. Souffle systolique à l'orifice aortique. Pas de fièvre, mais abattement.

Le 24 février, dyspnée puis douleur subite au voisinage de l'ombilic, vomissements bilieux, pouls filiforme. Collapsus et mort.

Autopsie. — Dans l'abdomen, lésions d'une péritonite au début. Pas d'épanchement de matières intestinales ni de pus. Une tumeur énorme remplit la partie inférieure de l'abdomen et le petit bassin. Elle peut s'isoler facilement de la vessie, de l'urèthre et des uretères, se confond avec la peau du rectum dans la partie inférieure et englobe l'utérus, les trompes et les ovaires. L'utérus fortement dévié à gauche est très hypertrophié, sa cavité est libre, mais ses parois présentent plusieurs noyaux durs blanchâtres, bien isolés ; ce sont de véritables corps fibreux. Sur la moitié droite de la tumeur, on retrouve la trompe dilatée presque grosse comme une anse intestinale, flexueuse et aboutissant à l'ovaire qu'il est facile de reconnaître. A gauche, ces organes sont méconnaissables ; pas trace de l'ovaire. On ne trouve qu'une série de kystes, les uns régulièrement arrondis, les autres cylindriques et flexueux, les uns pleins de sérosité, les autres pleins de pus ou de matières caséeuse.

Les autres viscères abdominaux sont sains.

Dans le thorax, la cavité de la plèvre droite n'existe plus, sauf au sommet. Ce n'est qu'en décollant la plèvre pariétale et en sectionnant le diaphragme que l'on peut réussir à enlever le poumon. On constate alors à la coupe que le poumon droit, dont l'aspect est normal, sauf un peu de congestion, est enfermé dans une poche pseudo-membraneuse blanche, dure, criant sous le scalpel, épaisse d'un centimètre à un centimètre et demi et qui représente l'union des deux feuillets de la plèvre. Ce sac est absolument complet, sauf au sommet, seul point où il laisse émerger le poumon ; il occupe sans interruption les régions costale, diaphragmatique et médiastine, et présente deux prolongements qui semblent plonger dans l'épaisseur du poumon, mais ne sont en réalité que les plèvres interlobaires atteintes des mêmes lésions que le reste de la séreuse. La structure de cette membrane ainsi modifiée semble lamelleuse ; en cherchant à la déchirer, on la divise en plusieurs feuillets parallèles et très minces.

La limitede cette membrane du poumon paraît nette et tranchée. Au microscope, on remarque les caractères d'un cancer alvéolaire de la plèvre, mais les alvéoles les plus superficielles

du poumon sont compromis, et ce n'est qu'à 1 ou 2 millimètres de profondeur que l'on retrouve les caractères normaux du tissu pulmonaire.

Les ganglions bronchiques sont légèrement tuméfiés, durs et noirs. Le poumon gauche est sain; la plèvre y est libre d'adhérences et présente sur un seul point un petit noyau dur et blanc, gros comme un grain de millet, situé sur le feuillet viscéral. D'aucun côté, on ne trouve de lésion des bronches ni de l'artère pulmonaire. Le cœur est sain.

Observation VI.

Pleurésie cancéreuse consécutive à un cancer utérin, par Moutard-Martin (Bulletin de la Société anat., 1881, p. 50).

La plèvre droite, uniformément épaissie, forme un sac complet de 7 ou 8 millimètres d'épaisseur, la face interne offre un aspect aréolaire, et sur les travées, on voit s'implanter des fausses membranes auxquelles on doit attribuer la nature hémorrhagique du liquide. Il n'y a pas de noyaux cancéreux dans les deux poumons et la plèvre gauche est saine.

M. Déjérine dit que cette plèvre a présenté au microscope les caractères du carcinome fibreux ; il y a des travées de tissu conjonctif adulte, remplies de cellules épithélioïdes atypiques.

Observation VII.

Sarcome hémorrhagique de la plèvre, avec épanchement abondant, par Samuel Gordon (The medical Society of the College of the physicians, in the Dublin medical Journal, mai, 1874).

Une femme de 20 ans, d'apparence robuste, fut prise, après un refroidissement, de douleur de côté et de gêne de la respiration ; cinq semaines après, on trouvait tous les signes d'un vaste épanchement pleural à droite, avec un refoulement du cœur vers l'aisselle gauche. A l'autopsie, un mois après, on trouva des noyaux cancéreux sur la plèvre et une énorme tumeur de même nature dans le médiastin. Il n'y avait de cancer dans aucun autre organe. Le diagnostic avait pu être fait pendant la vie, à la suite de l'évacuation par une ponction d'un liquide sanguinolent; mais avant cette opération, l'âge

de la malade, son bon état de santé antérieure, l'absence de lésions d'autres viscères devaient éloigner toute idée du cancer.

Observations VIII et IX.

Deux cas de tumeurs de la plèvre avec perforation de l'espace intercostal et apparition du néoplasme sous la peau sous forme de tumeur accessible à la palpation, par A. Schreiber (Deut. Archiv für Klin. medicin. Band XXXI, Heft 1 et 2, p. 207, 1882).

1° W. Sch..., 58 ans, entré à l'hôpital le 23 septembre 1880. Depuis longtemps le malade ressent des douleurs dans le côté et de la dyspnée ; au début de sa maladie, crachements de sang qui firent croire à une pleuro-pneumonie. Mais la matité perçue en arrière et à droite persista avec affaiblissement de la respiration. Une ponction exploratrice ne donna issue à aucun liquide; on dut admettre l'existence d'épaisses fausses-membranes.

Le 20 janvier, tuméfaction plate le long de la septième côte sur la ligne axillaire. La tuméfaction fit des progrès et prit l'aspect d'une tumeur. Le patient se plaignait d'être oppressé, d'avoir une sensation de plénitude dans le bas-ventre. OEdème pulmonaire. Mort le 3 février.

A l'autopsie : carcinome de la plèvre qui remplissait presque en totalité la partie inférieure de la cavité pleurale, adhérant au diaphragme et au péricarde et se prolongeant sous forme de nodosités le long de l'aorte jusqu'au pancréas; un peu d'exsudat sanguinolent; poumons comprimés, presque entièrement privés d'air. Dans le septième espace intercostal, des nodosités carcinomateuses traversaient les muscles, imbibition séreuse du tissu cellulaire sous-cutané. Dégénérescence graisseuse du foie, parsemé de noyaux de carcinome.

2° Esther, H..., 24 ans, entre à l'hôpital le 4 mars. Il y a sept ans, contusion du thorax à la suite d'une poussée dans une foule. Depuis lors, douleurs dans le côté droit de la poitrine, violentes surtout depuis le mois d'avril 1879. Au mois de novembre, la malade s'alite ; elle s'aperçut bientôt de l'existence d'une tumeur dans la région inférieure du dos, tumeur indolente. Une ponction exploratrice dans l'épaisseur de cette tumeur reste sans résultat. La respiration est devenue doulou-

reuse, dyspnée violente. Une nouvelle ponction exploratrice donna issue a du sang mêlé de cellules sarcomateuses. La tumeur sphéroïde atteignait le volume d'une tête d'enfant et descendait jusqu'à la crête iliaque. Le foie était un peu refoulé en bas, la rate n'était pas augmentée de volume. Morte le 1er avril. L'autopsie n'eut point lieu.

Observation X.

Cancer de la plèvre avec liquide huileux, par Bogehold (Berlin Klin. Woch n° 24, p. 347, 1878).

Un homme d'extérieur robuste, malade depuis plusieurs mois, entre dans le service de Goltdammer. Au début, il a eu des vomissements, des douleurs à l'épigastre, de la constipation. Teinte jaune-paille des téguments. Depuis quelque temps, le malade présente de la dyspnée. On trouve des signes d'un épanchement considérable du côté gauche, matité, dilatation du thorax, refoulement du cœur. A plusieurs reprises on pratique des ponctions exploratrices. Lorsqu'on laisse reposer le liquide ainsi extrait, il monte à sa surface une couche graisseuse, dont la nature est plus évidente encore au microscope.

Le malade s'épuise et meurt. A l'autopsie, on trouve un noyau cancéreux, ulcéré de l'estomac. La plèvre gauche est parsemée de nodosités de même nature. Le canal thoracique est sain. Les cellules cancéreuses sont en voie de dégénérescence graisseuse très abondante, et la chute des gouttelettes dans l'épanchement de la plèvre a déterminé la production d'une véritable couche huileuse à la surface du liquide.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie. — Articulation scapulo-humérale. Pli du coude.

Physiologie. — Des nerfs vaso-moteurs.

Physique. — De l'ophthalmocope.

Chimie. — Du chloral. Du chloroforme.

Histoire naturelle. — Famille des solanées ; de la sangsue.

Pathologie médicale. — Des fièvres éruptives.

Pathologie chirurgicale. — Luxations de l'épaule.

Pathologie générale. — De la fièvre.

Anatomie pathologique. — Des lésions de la fièvre typhoïde.

Médecine opératoire. — Désarticulations du coude. Ligature de la cubitale.

Pharmacologie. — Du mercure ; ses préparations.

Thérapeutique. — Des vomitifs.

Hygiène. — De l'encombrement.

Médecine légale. — Des empoisonnements par l'oxyde de carbone.

Accouchements. — Des présentations de la face.

Vu : le président de la thèse
PETER.

Vu bon et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.